

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ANCHEL JAMES

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Verdun (Meuse), le 4 Novembre 1897

LES

Formes Pseudo-Tuberculeuses du Cancer du Poumon

Président : M. LÉON BERNARD, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1929

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1929

THESE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ANCHEL JAMES

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Verdun (Meuse), le 4 Novembre 1897

LES

Formes Pseudo-Tuberculeuses du Cancer du Poumon

Président : M. LÉON BERNARD, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1929

LE DOYEN. M. ROGÈR.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimental.	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	N...
Pathologie médicale.	N...
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LŒPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZAR
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NCBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGŒU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique prophylactique.	SERGENT
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Professeur sans chaire.	BRANCA
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale
BÉNARD (Henri).	Pathologie médicale
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale .
CHABROL	Pathologie médicale
CHEVALLIER . . .	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE . . .	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgic.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (Fern)	Pharmacologie.
MONDOR	Pathologie chirurgic.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET . . .	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIÈVRE . . .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur).	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTNER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LEIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER.	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE. professeur sans chaire	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Ce faible témoignage d'affection filiale.

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LÉON BERNARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MÉDECIN DE L'HOPITAL LAËNNEC

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a inspiré ce travail. Qu'il
trouve ici l'expression de notre
profonde reconnaissance pour son
enseignement fécond et pour l'hon-
neur qu'il nous a fait en acceptant
la présidence de cette thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE LILLE

A LA MÉMOIRE DES PROFESSEURS

WERTHEIMER, LAMBLING, LAGUESSE,
GEORGES GÉRARD

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Externat :

1923-24 : M. LE PROFESSEUR AUG. BROCA, *in memoriam*.

1924-25 : M. LE PROFESSEUR LÉON BERNARD.

1925-26 : M. LE DOCTEUR M. P. WEIL.

1926-27 : { M. LE DOCTEUR FLANDIN.
 { M. LE DOCTEUR LÉCHELLE.

1927-28 : M. LE DOCTEUR MÉTIVET.

1928-29 : M. LE DOCTEUR JACOB.

A MES MAÎTRES ET AMIS

A MM. LES DOCTEURS PARAF, MADIÈR,
MOULONGUET
MÉDECIN ET CHIRURGIENS DES HÔPITAUX DE PARIS

A MM. LES DOCTEURS BIGART, S. BLOCH,
L. GIROT, HUYGHE, A. LAMBLING, SALOMON,
THOYER

A MM. LES DOCTEURS JULIEN MARIE, PÉLISSIER
CHEFS DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ

A MES CAMARADES DE L'HÔPITAL
AMBROISE PARÉ

Introduction

Il est actuellement admis par la majorité des auteurs que les cancers en général — pour des raisons diversement appréciées — sont en augmentation constante. Mais d'après les différentes recherches faites récemment, parmi eux, la fréquence du cancer du poumon est particulièrement frappante dans l'ensemble des statistiques.

Nous n'en voulons pour preuve que les chiffres relevés par Huguenin dans sa thèse récente. Depuis cette étude, des travaux ont encore paru un peu partout, en Amérique et en Allemagne en particulier, et de nombreux articles français également qui contribuent tous à répandre cette notion que les néoplasies pulmonaires sont loin d'être une rareté et que leur diagnostic est souvent difficile à poser, surtout dans leurs phases initiales.

Dans un article paru en 1924, Rolland pouvait déjà écrire : « Les cancers pulmonaires sont considérés bien à tort, selon nous, comme une affection très rare... C'est un fait que tous ceux qui s'occupent des maladies des voies respiratoires sont obli-

gés de plus en plus de compter avec les cancers du poumon. Chez les malades suspects de tuberculose pulmonaire, lorsque, avec des signes physiques importants, l'examen répété des crachats montre qu'il ne s'agit pas de tuberculose, le plus souvent on a affaire aux dilatations bronchiques et tout de suite après au cancer du poumon ».

Cette opinion exprimée il y a 5 ans n'a pu qu'être entièrement corroborée par l'expérience clinique ultérieure. Celle-ci, en outre, a pu mettre en évidence l'existence de nombreuses formes cliniques anormales simulant à certaines phases de leur évolution la plupart des affections chroniques de l'appareil respiratoire (sclérose broncho-pulmonaire, abcès du poumon, gangrène pulmonaire, kyste hydatique, bronchectasie). Mais parmi toutes ces formes à symptomatologie pleuro-pulmonaire, les formes pseudo-tuberculeuses sont les plus fréquentes (Tapie).

Nous avons pu nous-même, dans le service de M. le Professeur Léon Bernard à l'hôpital Laënnec, recueillir une série d'observations qui confirment la fréquence croissante du cancer pulmonaire en même temps qu'elles montrent les difficultés diagnostiques du problème, du moins au début, avec la tuberculose.

Les Statistiques à l'Étranger

Dans le vieux dictionnaire Dechambre, l'auteur a relevé à l'article « Cancer du poulmon » les deux statistiques de fréquence suivantes :

1°) Heinick et Popp, sur 67 autopsies d'affections cancéreuses, ont trouvé 6 fois des cancers pulmonaires primitifs ou secondaires, soit un pourcentage de 10 %.

2°) Par contre, Walsh ne relève sur 8.289 morts par cancers que 8 cas de cancers pulmonaires, soit 0,1 %.

A Dresde, une statistique établie de 1852 à 1876 indique sur 545 tumeurs, 5 cancers du poulmon, soit 1 %.

Ce sont là des pourcentages étonnamment différents, variant comme on le voit du simple au centuple.

De plus, et jusqu'à des temps très récents, le cancer du poulmon, surtout primitif, a toujours été considéré comme une affection très rare et L. Ramond, dans une clinique médicale de 1921 consa-

crée à son étude, y revient encore et tire son observation clinique d'un cas de cancer secondaire.

La fréquence relative des néoplasmes pulmonaires est devenue, à l'heure actuelle, une notion courante en Allemagne où le cancer pulmonaire se rencontre trois fois plus souvent qu'avant guerre.

Aux Etats-Unis, Frédérick L. Hoffmann rappelle dans une récente étude qu'on a trouvé :

En 1914.....	371	cancers	pleuro-pulmonaires
En 1924.....	1.586	»	»
En 1925.....	1.728	»	»
En 1926.....	1.892	»	»
En 1927.....	2.012	»	»

correspondant respectivement à un pourcentage sur le total des cancers de 6,7 % — 1,6 % — 1,7 % — 1,8 % — 1,9 %. Pour la seule ville de San Francisco en 1925, la proportion atteint le chiffre élevé de 4,7 %, soit trois fois la proportion générale du pays.

Schönherr, en Allemagne, à l'hôpital de Chemnitz, s'appuyant entièrement sur des diagnostics nécropsiques, a relevé sur 1.002 cancers observés pendant la période 1919-1927 110 cancers pulmonaires, soit 10,9 %, proportion considérable, d'ailleurs en augmentation croissante puisqu'elle atteint 13,4 pour la dernière année 1927.

Pour Lubarsch le pourcentage est de 5,4 % pour toute l'Allemagne.

Telles sont encore les statistiques publiées en Angleterre par Duguid de Manchester qui donnent les pourcentages suivants :

1868-1885 :	0,24 %
1901-1905 :	2,40 %
1921-1925 :	2,57 %

De son côté, Hunt, à Londres, a observé 26 cas tous vérifiés à l'autopsie et il conclut d'après les statistiques de l'hôpital Ste-Marie, que le cancer du poumon est le plus fréquent après ceux de l'estomac, du sein, de l'utérus et de l'œsophage.

Les Statistiques en France

Il est malheureusement impossible en France de pouvoir opposer à ces pourcentages étrangers des pourcentages correspondants. Il manque chez nous la centralisation indispensable sans parler de l'insuffisance numérique des autopsies et de l'indépendance des services hospitaliers.

Les chiffres les plus récents connus sont ceux relevés par Huguenin au centre anti-cancéreux de Villejuif. De 1921 à 1926, on n'enregistre aucun cas de néoplasme pulmonaire sur 1.000 autopsies. Pendant le cycle 1924-1928, dans un service de l'hôpital de la Charité, Durand en signale deux cas sur 250 autopsies. Mais en 10 mois à Villejuif (1927-28) on en signale également deux cas sur 64 autopsies.

A l'hôpital Laennec, dans le service du Dr Rist, de 1920 à 1928, Huguenin trouve 9 cas sur 445 autopsies.

Nous-même, dans le service du Professeur Léon Bernard, en avons relevé sur 254 autopsies 7 cas.

Nous signalerons tout de suite que ces deux der-

niers chiffres ne constituent que des indications pour les raisons que nous avons données plus haut.

Il en sera d'ailleurs de même, nous le reconnaissons, pour notre statistique clinique qui n'aura qu'une valeur relative. En effet, celle-ci n'est tirée que d'un service de spécialisation et si les tumeurs pulmonaires peuvent prendre un aspect pseudo-tuberculeux, il n'en est pas toujours ainsi et c'est bien souvent dans un service de médecine générale que le cancer du poumon sera observé d'emblée parce que diagnostiqué facilement.

Ainsi Huguenin a pu rassembler, grâce à ses collègues des hôpitaux parisiens, 21 cas en 1925.

Ces réserves faites, dans les différentes recherches faites au Dispensaire Léon Bourgeois et à l'hôpital Laënnec, sur 45,625 observations de 1919 à 1929, nous avons trouvé 23 cas de néoplasmes pulmonaire avec 7 autopsies.

Sur ces 23 malades, 4 ont été vus au Dispensaire seulement. Il s'agissait de 4 hommes. Chez le premier malade, on avait affaire à un cancer médiastino-pulmonaire primitif en apparence. Cet homme n'a été vu qu'une fois. Deux autres étaient atteints, le premier d'une métastase néoplasique pulmonaire bilatérale après ostéo-sarcome opéré du tibia droit : le médecin traitant demandait une simple confirmation radioscopique d'un diagnostic clinique qui paraissait s'imposer ; le second d'une métastase néoplasique pulmonaire droite et laryn-

gée consécutive à un épithéloma opéré de la marge de l'anus.

Quant au 4^e malade, il a été suivi entièrement au Dispensaire et son cas est rapporté dans l'observation 9 de ce travail.

Restent les cas des 19 autres malades, tous hospitalisés dans le service du Professeur Léon Bernard après leur passage au Dispensaire. Il s'agit de 16 hommes et de 3 femmes, proportion admise par tous les auteurs, c'est-à-dire environ 1/6 des cas chez la femme.

Parmi ces 19 cas, l'un d'eux concernait une femme de 48 ans entrée dans le service pour manifestations pulmonaires néoplasiques consécutives à un cancer du sein droit opéré. Nous l'éliminerons.

Ces cas se répartissent ainsi suivant l'âge du sujet :

De 11 à 20 ans.....	2 cas
De 21 à 30 ans.....	1 »
De 31 à 40 ans.....	1 »
De 41 à 50 ans.....	6 »
De 51 à 60 ans.....	6 »
De 61 à 70 ans.....	2 »

Classés par années, ces cas se répartissent de la façon suivante :

1919.....	0
1920.....	2

1921.....	2
1922.....	3
1923.....	2
1924.....	2
1925.....	1
1926.....	1
1927.....	0
1928.....	2
1929.....	3

A la lecture de ces deux classements, deux constatations s'imposent immédiatement.

1°) Si le cancer pulmonaire est surtout fréquent entre 40 et 60 ans, comme l'indiquent les classiques et comme on le retrouve sur ces tableaux (12 cas), il est loin d'être rare au-dessous de la quarantaine puisque nous trouvons 4 cas sur un total de 18, soit plus d'un cinquième des malades dont deux concernant des sujets de 17 et 18 ans.

2°) La deuxième statistique montre qu'après une moyenne annuelle de deux cas à peine observés de 1920 à 1927, le chiffre est monté à plus de deux pour les deux années 1928 et 1929. Encore faut-il ajouter que ces cinq malades ont été vus pour la première fois au Dispensaire Léon Bourgeois entre le 21 novembre 1928 et le 7 avril 1929, soit dans une période de 5 mois.

Il ne paraît donc pas douteux qu'il y ait un ac-

croissement de fréquence dans les cas de cancer du poulmon, en France également.

Il manque évidemment à ce travail, pour être suffisamment démonstratif en ce sens, un pourcentage sur l'ensemble total des cancers observés en France dans la même période. Il faut cependant admettre une augmentation certaine de fréquence du cancer pulmonaire pouvant s'expliquer suivant certains auteurs étrangers (Hoffman) par une diminution minime des autres cancers viscéraux, mais cette opinion est loin d'être partagée par tous les auteurs.

Quelques Points d'Étiologie

Les infections les plus diverses ont été signalées dans les antécédents des cancéreux pulmonaires. En dehors des infections pulmonaires de longue date, étiquetées « bronchites », il faut signaler la syphilis, les dilatations bronchiques, la grippe et surtout la tuberculose, constituant les états précancéreux de Ménétrier.

Le rôle de la tuberculose, en particulier, a été étudié depuis longtemps. Pour notre part, nous n'avons retrouvé chez aucun de nos malades d'antécédents personnels, deux fois seulement des antécédents familiaux (obs. 4 et 9). D'autre part, bien que nous n'en ayons relevé qu'un cas qui reste extrêmement douteux (obs. 8), l'association du cancer et de la tuberculose du poumon est indéniable (cas de Ménétrier, Friedlander, Kurt Wolff, Galliard et Donzelot; Tapie).

Cependant, avec la plupart des auteurs, on admet aujourd'hui, étant donnée la grande fréquence de la tuberculose et la rareté relative du cancer, qu'il y a simplement coexistence (Halbron).

La syphilis a été parfois signalée et Martin et Colrat ont rapporté deux cas d'épithélioma pulmonaire atypique greffé sur des poumons où la syphilis se traduisait par une gomme pulmonaire, des dilatations bronchiques et d'abondantes néoformations alvéolaires (Ribadeau-Dumas).

Quant à la grippe, elle ne paraît pas être un facteur bien important et nous n'avons retrouvé aucun épisode grippal franc chez nos malades.

On a voulu également tenir compte de l'influence des gaz de combat qui n'expliquent plus la fréquence actuelle.

Somme toute, dans la majorité des cas, le cancer primitif du poumon survient chez des sujets qui ne présentent aucun passé pulmonaire.

On doit signaler également le rôle favorisant du traumatisme et des corps étrangers intra-bronchiques.

Parmi les facteurs chimiques, le rôle de la « Maladie de la mine » occupe le premier plan en Saxe (Mines du Schneeberg) ; mais la maladie, qui est déterminée, paraît avoir une évolution plus longue, moins constamment fatale que celle du cancer et ne peut intéresser qu'un territoire extrêmement localisé.

Les auteurs allemands et américains insistent beaucoup, par contre, sur le rôle des fumées de tabac, mais surtout des gaz émanés des automobiles et du goudronnage des routes, et Hoffman conclut dans son travail très documenté qu'il y a des

raisons de penser que l'augmentation des tumeurs pulmonaires est due en partie au développement moderne des transports routiers et à un contact plus massif avec les poussières en grande pollution atmosphérique. En un mot, le développement moderne commercial et industriel jouerait pour lui indirectement un rôle important.

Mais, en fait, aucune de ces conditions ne suffit actuellement à donner une explication satisfaisante.

Pour terminer, nous signalerons que si le cancer du poumon est actuellement plus observé, c'est aussi qu'on le recherche plus minutieusement et plus opiniâtrement qu'autrefois et qu'on a maintenant à sa disposition des moyens d'investigation plus perfectionnés.

Observations Cliniques

Parmi les observations que nous publions ci-après, 12 concernent des malades hospitalisés dans le service du Professeur Léon Bernard. Trois d'entre elles (obs. 5, 6 et 8) figurent déjà dans la thèse de Huguenin. Quant à la dernière (obs. 9), elle rapporte le cas d'un malade suivi au Dispensaire Léon Bourgeois par le Docteur Julien Marie.

OBSERVATION I (*Inédite*)

M. Be... E., 35 ans, cimentier, entré le 6 avril 1920 salle Louis, décédé le 29 mai 1920.

Le malade vient consulter le 6 avril parce qu'il tousse et qu'il a beaucoup maigri. Devant son mauvais état général, on l'hospitalise de suite.

Bien portant jusqu'à la guerre, il a été réformé n° 2 temporaire ; rentré chez lui, il a continué son travail de cimentier jusqu'en janvier 1920, très fatigué, toussant et crachant. En mars 1920, il fait une hémoptysie qui s'est continuée 15 jours durant par des crachats hémoptoïques.

Le malade est pâle, abattu, ne dort que du côté gauche. Il est oppressé, tousse, sans expectoration, a la voix éteinte depuis son entrée.

A l'examen thoracique, on entend en arrière, en haut et à gauche, dans la fosse sus-épineuse, une respiration soufflante avec crépitations humides ; à la base, on constate une matité absolue avec abolition des vibrations vocales ; la respiration est diminuée, mais il n'y a ni bronchophonie ni pectoriloquie aphone. En avant, sous la clavicule gauche, on perçoit une matité absolue avec souffle lointain et tendance à l'égophonie ; l'espace de Traube est sonore.

Tous les autres appareils sont normaux.

La radioscopie montre une opacité massive de l'hémithorax gauche.

Le 12 avril, une ponction évacuatrice ramène 600 grammes de liquide citrin présentant simplement à l'analyse des lymphocytes.

On pratique une pneumo-séreuse dans le 3^e espace intercostal gauche.

Le 20, une nouvelle ponction ramène un liquide sanglant ; trois jours après, l'examen montre en arrière et à gauche deux zones mates distales avec, entre les deux, une zone sonore créée par la pneumo-séreuse. Les vibrations vocales persistent dans la zone supérieure, sont diminuées dans les zones moyenne et inférieure.

25 avril : on note de l'œdème de l'épaule, du bras et de l'hémithorax gauches et une circulation

collatérale préthoracique. On retire quelques jours après 200 grammes d'un liquide citrin et on injecte 300 cm. d'azote.

Le 7 mai, la percussion sous la clavicule gauche est très douloureuse, la matité persiste. On sent un ganglion sus-sternal volumineux et deux ganglions sous-sterno-mastoïdiens, l'un à droite, l'autre à gauche. L'état général s'altère les jours suivants, le malade se cyanose et devient dyspnéique.

Le 26, la matité est absolue à la base gauche, un souffle à caractère amphorique surmonte cette zone.

Le 29, le malade succombe avec tous les signes d'un syndrome médiastinal.

AUTOPSIE. — A l'ouverture du thorax, le poumon gauche est presque complètement adhérent, sauf au niveau de l'espace de Traube. La plèvre gauche renferme environ un litre de liquide citrin ; dans le médiastin postérieur, l'aorte descendante est en dehors de la zone envahie. L'œsophage est libre. Le X^e droit est comprimé par des masses ganglionnaires. La trachée est libre à sa partie postérieure, mais environnée en avant, à droite et à gauche, par des masses caséeuses volumineuses. Vu d'en avant, le médiastin antérieur est occupé par une énorme masse néoplasique qui entoure les organes, les artères sont béantes, les veines très comprimées. Le poumon gauche est transformé en une masse néoplasique, sauf une petite par-

tie postéro-inférieure intacte. Le reste est occupé par du tissu lardacé avec des noyaux compacts à la base et par place des noyaux de broncho-pneumonie cancéreuse. A la coupe, les masses ganglionnaires du médiastin ont l'aspect de marrons crus. La plèvre pariétale gauche est épaissie et présente des noyaux cancéreux disséminés.

Rien à signaler dans les autres viscères. Pas de métastase.

OBSERVATION II (*Inédite*)

Mme D..., 58 ans, journalière, entrée salle Quesnay le 28 octobre 1920, sortie le 25 novembre.

Cette malade vient consulter au Dispensaire le 14 octobre parce qu'elle tousse beaucoup. « On aurait dit des quintes de coqueluche », déclare la malade. Son père est mort à 63 ans d'une affection inconnue. Sa mère, âgée de 79 ans, est bien portante. Elle a 3 enfants en bonne santé.

Cette femme n'a jamais été malade. C'est en décembre 1919 qu'elle a commencé à tousser, mais elle ne s'est pas alitée.

Au Dispensaire, on constate de la circulation collatérale au niveau de la région pectorale gauche et du bras gauche. A l'examen thoracique on trouve en arrière, dans la fosse sus-épineuse gauche, de la submatité et une légère voussure des

trois premiers espaces intercostaux gauches. A la base, même submatité qu'au sommet avec souffle pleurétique très aigu, pectoriloquie et légère égophonie. En avant et à gauche, les vibrations sont abolies en haut ; plus bas on entend un souffle très intense sans aucun bruit adventice.

A l'examen radioscopique, le poumon gauche est le siège de deux plages de densification : 1° l'une supérieure occupant le tiers supérieur du champ pulmonaire à densification massive uniforme, à limite inférieure nette ; 2° l'autre inférieure, séparée de la première par un triangle clair.

A son entrée le 28 octobre, cette malade n'a pas maigri, n'est pas fébrile, n'a ni point de côté ni frissons, elle n'a jamais eu ni hémoptysie ni dyspnée. Tous les autres organes sont normaux.

Un nouvel examen pulmonaire montre les mêmes signes que 15 jours auparavant : à gauche et en arrière, on retrouve en haut une expiration très soufflante avec quelques sibilances. A la base, de la matité avec abolition des vibrations vocales, un petit souffle pleurétique avec égophonie mais sans pectoriloquie aphone.

Le 3 novembre, une radioscopie montre le champ pulmonaire droit normal et le champ pulmonaire gauche occupé au sommet par un foyer d'ombre absolument opaque, à limite inférieure nette, déterminant un peu de rétraction des côtes et du médiastin. Le sinus costo-diaphragmatique gauche est sombre et immobile. Rien à droite.

Une ponction exploratrice ramène un liquide citrin limpide contenant de nombreux lymphocytes avec quelques rares placards endothéliaux mais sans cellules néoplasiques. Une réaction de Bordet-Wassermann est négative ainsi qu'un Weinberg.

Le 25 novembre, on trouve en arrière et à gauche de la matité du sommet et de la base et de la sonorité à la partie moyenne. Au sommet la respiration est soufflante avec abolition du murmure vésiculaire. Celui-ci s'entend à la partie moyenne pour disparaître de nouveau à l'extrême base où l'on constate de l'obscurité respiratoire, mais ni souffle pleurétique, ni pectoriloquie, ni égophonie. En avant et à gauche, l'inspiration et l'expiration sont soufflantes au sommet ; sous la clavicule on entend un souffle bronchique aux deux temps, les vibrations sont abolies. Le poumon droit est normal.

Trois examens de crachats ne montrent pas de B. K., la malade continue à tousser, maigrit d'un kilog environ pendant son séjour et sort le 25 novembre. Elle est revue au Dispensaire le 2 décembre ; les signes pleurétiques de la base ont disparu sans modification des signes apicaux. A la radioscopie il y a tendance à l'augmentation de l'ombre du sommet gauche avec une limite inférieure bilobée. La base reste obscure et le cul-de-sac costo-diaphragmatique effacé. Un mois après, le 30 décembre, la zone obscure est devenue encore plus foncée à la radioscopie. L'amaigrissement a pro-

gressé de 2 k. 900 depuis un mois. Malheureusement, la malade n'a plus été revue depuis cette date.

OBSERVATION III (*Inédite*)

M. L..., 45 ans, valet de chambre. Entré le 22 octobre 1922, salle Chomel, décédé le 2 novembre.

Il vient consulter le 22 octobre parce qu'il tousse et crache depuis six mois et que depuis deux mois, il a de plus en plus de peine à respirer.

Dans ses A. P. on relève une rougeole et une scarlatine dans l'enfance, puis un accès paludéen à 24 ans, à l'issue de son service militaire (34 mois au Tonkin). Cet accès a duré trois jours et ne s'est pas renouvelé.

Le début des accidents actuels remonte d'après le malade au mois d'avril ; il a ressenti à ce moment un violent point de côté droit avec dyspnée, toux et quelques crachats sanglants. Cet épisode aigu dure 4 jours, le malade ne s'alite pas et ne voit pas de médecin. Pendant deux mois il conserve un peu d'essoufflement le matin et tousse légèrement.

Le 5 juin survient brusquement un violent point de côté droit avec dyspnée, obligeant le malade à s'aliter de suite ; presque pas de toux, quelques crachats sanglants, pas de fièvre ; on diagnostique une congestion pulmonaire.

Dans la première quinzaine de juillet le malade

a une expectoration sanglante pendant 5 jours. De plus, la toux et l'expectoration continuent, l'appétit est un peu diminué, mais le malade n'accuse ni fièvre vespérale ni sueurs nocturnes. Depuis le mois d'août la toux et l'expectoration ont augmenté, accompagnées de temps en temps de poussées fébriles à 39°.

Le 15 septembre un médecin fait une ponction exploratrice de la plèvre droite et retire un peu de liquide citrin.

Depuis 10 jours le malade a cessé complètement de travailler. A l'examen (22 octobre), on est frappé par la pâleur du sujet et son amaigrissement qui atteindrait 15 kilogs depuis deux mois. Il présente une très légère dilatation des veines superficielles thoraciques droites et un peu de cornage.

A l'examen du thorax on constate en arrière et à droite de la matité avec respiration abolie mais sans signes pleurétiques, en avant matité sous-claviculaire droite. Rien d'autre à signaler, en particulier ni ganglions axillaires ni ganglions susclaviculaires.

Le 25 octobre le malade présente plusieurs crises de suffocation avec cornage dont une très violente s'accompagnant de cyanose de la face. Depuis cette date la dyspnée augmente à chaque changement de position.

La radioscopie montre une augmentation considérable de l'ombre cardio-péricardique. La transparence du champ pulmonaire droit est atténuée par

une plage foncée à limite externe très peu précise, formant comme une spélouque. En position oblique antérieure droite le médiastin postérieur est complètement opaque sauf tout à fait en haut ; on aperçoit à la partie supérieure de la diminution de transparence du médiastin un niveau liquide. La déglutition d'un lait baryté n'indique pas de rétention liquide dans l'œsophage, légèrement dévié à gauche. Quand on diaphragme finement on fait apparaître une poche allongée en fuseau, ressemblant à un œsophage dilaté mais le mucilage passe facilement dans l'estomac et l'hypothèse de dilatation œsophagienne est exclue.

Le 28 octobre dans la soirée, brusquement crise de suffocation très violente de 10 minutes se calmant progressivement après inhalation d'oxygène.

Le B. W. est négatif et la formule sanguine normale.

L'évolution se poursuit inexorable, les crises de suffocation se renouvellent et le malade meurt rapidement dans l'asphyxie le 2 novembre.

OBSERVATION IV (*Inédite*)

M. D... 46 ans, employé de banque, entré le 29 mai 1924, salle Hanot, décédé le 2 avril 1925.

Le malade entre à l'hôpital parce qu'il est fatigué, incapable de travailler et qu'il souffre de tout l'hémithorax droit. En juin 1922 il est brusquement pris d'un point de côté violent, reprend cependant son travail peu après, mais il a perdu le sommeil et continue à souffrir du côté droit, l'état général se maintient excellent.

En décembre 1923 les insomnies sont devenues plus tenaces. Une radiographie faite en ville révèle un épanchement de la plèvre droite. Ce diagnostic est confirmé en janvier 1924 dans un hôpital où la radioscopie montre à gauche des ganglions péri-hilaires et à droite un sommet opaque et une ombre d'épanchement à contours supérieurs nets, immobile avec les mouvements du malade et présentant à la partie inférieure une zone claire.

Le 16 janvier on pratique une ponction évacuatrice de 350 grammes d'un liquide rougeâtre. A une deuxième radioscopie 8 jours après, même aspect général. Après deux semaines, le malade part pour le Midi où il séjourne jusqu'au 17 avril ; les douleurs ont repris, surtout nocturnes.

Revu à Paris à ce moment il a maigri d'environ 8 kg. depuis le mois de janvier et il est envoyé au Dispensaire par son médecin de ville qui demande « son admission dans un sanatorium gratuit ».

Il entre en salle le 29 mai ; il tousse peu et ne crache pas. A l'examen on trouve en arrière et à droite dans la fosse sus-épineuse un souffle intense expiratoire et à la base une matité absolue avec

pectoriloquie aphone et broncho-égophonie — mêmes signes en avant et à droite.

Cet homme n'a jamais été malade autrefois et pendant la guerre a été mobilisé en usine. Sa femme est morte de tuberculose pulmonaire il y a 9 mois à 40 ans, a été malade un an $1/2$ et soignée par son mari. De trois enfants, deux sont morts de phtisie et également une sœur du malade à 30 ans.

Une radioscopie faite le premier juin montre le champ pulmonaire gauche normal, le champ pulmonaire droit est opaque sauf à l'extrême sommet qui est cependant très assombri ; de profil la partie antérieure et supérieure de la poitrine conserve une transparence normale ; la partie postérieure et inférieure est encore assez claire pour permettre de voir le diaphragme dont la locomotion respiratoire est conservée.

Une ponction exploratrice ramène un liquide fortement hémorragique avec recherche de l'hémoglobine fortement positive et réaction de Gmelin également ; hématies et cellules épithéliales nombreuses, pas de réaction purulente, pas de germes. Le B. W. est négatif.

Nouvelle ponction exploratrice le 6 juin, donnant les mêmes renseignements et ne montrant pas de B. K.

Le 24 juin, depuis 5 jours, poussée thermique à 39° . Le souffle perçu à la base droite en arrière a disparu.

Successivement en juillet, août et septembre, on

pratique des ponctions évacuatrices de 600 gr., 250 gr., 700 gr. et 150 gr. d'un liquide couleur caramel.

A partir de septembre, le malade présente après les repas quelques vomissements rapidement calmés. La palpation de l'abdomen montre un endolorissement général sans point douloureux spécial. Le foie est plus dur que normalement et augmenté de volume. Petit à petit la température se stabilise autour de 38°. On retire encore un litre de liquide le 3 novembre, un autre le 25 décembre et on injecte 700 gr. d'air. A la même date le B. W. du sang est négatif et on ne trouve dans le liquide pleural que des débris cellulaires sans germes et sans B. K.

L'état général redevient mauvais en janvier 1925, vers la mi-février apparaissent des douleurs sous la clavicule droite, et en arrière, dans l'espace inter-scapulo-vertébral droit et qui irradient à l'épaule et le long du bras droit.

Le 3 mars nouvel examen du liquide pleural : très rares éléments cellulaires à morphologie conservée, le fond des préparations est constitué par un magma de débris cellulaires ; pas de cellules néoplasiques, liquide stérile ; les cobayes inoculés en 1924 et sacrifiés deux mois après ne présentent pas de lésions tuberculeuses.

La cachexie progresse, les urines diminuent et le malade meurt le 2 avril. Il n'y a pas eu vérification anatomique.

OBSERVATION V (résumée)

(OBSERVATION 10 THÈSE HUGUENIN : EPITHÉLIOMA LOBAIRE SUPÉRIEUR DU POUMON GAUCHE).

M. Mi..., garde-forestier, 58 ans, entré le 20 novembre 1924, salle Hanot, décédé le 26 février 1925. Il est envoyé au Dispensaire parce qu'il tousse, crache du sang et a maigri. Le début de la maladie remonte à septembre 1923 où le malade a des accès fébriles la nuit et maigrit. Un soir il crache du sang, est plus fatigué, doit s'aliter. On parle alors de bronchite. Cependant, quand la fièvre diminue et que la toux devient moins opiniâtre, le malade reste très essoufflé et affaibli. Hospitalisé en décembre il reste 6 mois dans un service de tuberculeux chroniques où on avait été frappé pourtant de deux examens de crachats infructueux et de deux réactions de B. W. également négatives.

Le malade sort de l'hôpital en juillet 1924 ; il a repris des forces, l'appétit est bon et se maintient jusqu'en septembre. A ce moment le malade présente des douleurs rhumatoïdes de la jambe et du genou gauches et de l'épaule droite, sans fièvre et qui disparaissent au bout d'un mois.

Vers la fin octobre, la toux reparaît plus vive en même temps qu'un point de côté droit ; le malade crache du sang et maigrit rapidement. A son entrée à l'hôpital, on trouve à gauche une matité de la moitié supérieure de l'hémithorax avec abolition du murmure vésiculaire et violent souffle

bronchique perçu en avant et en arrière. Vers la limite inférieure de la matité on entend un foyer de râles humides. Dans toute la zone mate, il y a abolition des vibrations et pectoriloquie aphone.

L'examen révèle, en outre, un dédoublement du second bruit cardiaque, un foie un peu augmenté de volume et une inégalité pupillaire avec signe d'Argyll-Robertson. L'épaule droite est douloureuse et de mobilisation difficile. Rien dans les antécédents du malade. La douleur de l'épaule droite résiste à tout traitement et s'accompagne de tuméfaction de la racine du bras. Une radiographie montre la disparition à peu près totale du tiers supérieur de l'humérus, remplacé par une masse d'aspect flou, volumineuse, peu opaque. La biopsie y montre des cellules néoplasiques.

Dans l'expectoration, des globules rouges altérés, de nombreux leucocytes, mais pas de cellules néoplasiques.

A la radioscopie, à gauche diminution de transparence globale de tout le champ pulmonaire ; l'hémithorax est rétracté dans son ensemble ainsi que le cœur. Image thoracique normale à droite.

Un mois plus tard, une radiographie montre une forte scoliose concave à gauche ; le champ pulmonaire gauche est plus opaque et l'ombre s'accroît peu à peu du sommet vers la base.

Dans le courant du mois de janvier le malade qui avait repris du poids maigrit à nouveau. La température monte à 38°. L'état général décline pro-

gressivement et le malade meurt le 25 février dans un état fébrile.

Autopsie. — Le poumon droit, du poids de 800 gr., paraît grossièrement normal et se montre simplement oedémateux à la coupe. Le poumon gauche, qui pèse 1.400 gr., est transformé dans sa moitié supérieure en une masse dure, adhérente et difficile à détacher. Les ganglions trachéo-bronchiques sont peu volumineux et ne paraissent pas atteints. A la coupe tout le lobe supérieur est dur, particulièrement l'extrême sommet qui est sillonné de travées blanchâtres. Les lésions s'arrêtent à la scissure interlobaire.

Foie volumineux et congestif pesant 2 k. 550, reins normaux, surrénale droite très augmentée de volume et dure au palper. Masse bourgeonnante dans la tête humérale droite.

OBSERVATION VI (*Résumée*)

(OBSERVATION 7, THÈSE HUGUENIN : ÉPITHÉLIOMA CIRCONSCRIT DU LOBE INFÉRIEUR DROIT).

M. P..., 44 ans, ajusteur, entré le 27 juillet 1925 salle Hanot, décédé le 22 août 1925.

Le malade vient consulter au Dispensaire et entre le même jour à l'hôpital parce qu'il souffre dans la région thoracique depuis plus de 3 mois, qu'il tousse et que plus récemment il a craché du

sang. Parfaitement bien portant jusqu'en janvier dernier, il a eu à cette époque une angine avec dysphagie, trismus, fièvre à 39° et douleur sous-angulo-maxillaire droite s'accompagnant d'une tumeur grosse comme une noisette, siégeant à ce niveau et spontanément douloureuse. En 10 jours l'angine disparaît, la tumeur continue à grossir progressivement malgré un traitement fait à St-Louis (?)

Voici trois mois apparaît la douleur thoracique, surtout localisée dans la région supérieure et très en arrière au niveau de la colonne vertébrale. En même temps survient une toux fréquente avec expectoration muqueuse assez abondante. Il y a 20 jours, les crachats ont été franchement sanglants pendant quelques heures et deux hémoptysies se sont reproduites depuis. Le malade a beaucoup maigri en ces quelques mois.

A l'examen stéthacoustique, on trouve à la base droite une zone assez limitée de submatité avec diminution marquée du murmure vésiculaire, aucun bruit surajouté et dans la partie supérieure du poumon comme de l'autre côté il n'y a pas de modification pathologique.

La radioscopie montre à la base droite une ombre arrondie opaque, à contours un peu flous mais nets ; elle occupe le lobe inférieur, affleurant la coupole diaphragmatique et laisse libre le cul-de-sac costo-diaphragmatique. Cette ombre se prolonge vers le hile par un cylindre un peu flou, opaque,

plus petit qu'elle, mais d'aspect grossièrement comparable.

Il n'a pas été possible de pratiquer la biopsie de la masse sous-angulo-maxillaire.

Peu après l'entrée à l'hôpital s'installe un syndrome médiastinal. La dyspnée devient de plus en plus vive, s'accompagne de cyanose et bientôt apparaît une circulation collatérale, surtout du côté droit. Par ailleurs, il n'y a guère de modifications des signes physiques. La température oscille autour de 38°. La nuit, le malade est baigné de sueurs abondantes, il ne mange plus, maigrit et aurait perdu dix kilos depuis 4 mois. Vers le milieu d'août, une dyspnée intense l'oblige à rester assis dans son lit, il asphyxie véritablement et succombe le 23 août.

AUTOPSIE. — Dans le lobe inférieur du poumon droit existe un noyau gros comme une orange d'aspect encéphaloïde très bien limité ; le reste du poumon et l'autre sont d'apparence normale. Les ganglions du hile droit volumineux ont l'aspect de ganglions cancéreux.

OBSERVATION VII (*Inédite*)

M. Re..., 54 ans, serrurier, entré le 12 octobre 1926, salle Brissaud, décédé le 12 mars 1927.

Le malade entre dans le service pour des douleurs assez vives à la base gauche du thorax, irradiant jusqu'à la région lombaire.

Le début de la maladie semble remonter à octobre 1925 où le malade a présenté des crachats hémoptoïques avec fièvre. En février 1926, il fait une congestion pulmonaire avec fièvre, toux, expectoration rougeâtre ; il cesse son travail pendant 15 jours, reste fatigué, après cet épisode aigu et, depuis, il est anorexique et a des transpirations nocturnes. Il est hospitalisé en mai, puis passe trois mois à la campagne ; là l'expectoration sanglante reparait et surtout le malade devient subitement aphone.

A l'entrée, le 12 octobre, le malade présente un assez bon état général mais a la voix rauque et la respiration courte ; il se plaint de douleurs continues à la base gauche ; il ne tousse pas mais a des crachats sanglants. L'amaigrissement, depuis un an et malgré un séjour de 3 mois à la campagne, atteint 4 k. 500.

A l'examen thoracique, en arrière et à gauche, on trouve dans la fosse sus-épineuse de la submatité avec diminution des vibrations vocales, quelques crépitations après la toux et à la base de la matité sans bruits adventices. Rien à droite. En avant et à gauche sous la clavicule, mêmes signes qu'en arrière avec un souffle pleurétique. Au niveau du creux sus-sternal, on croit percevoir un thrill. Légère circulation veineuse thoracique supérieure.

Au Pachon, les tensions artérielles sont sensiblement les mêmes aux deux bras, ainsi que les

indices oscillométriques, les deux pouls radiaux égaux et synchrones. Cœur normal. L'examen O. R. L. confirme la paralysie récurrentielle gauche.

La radioscopie, le 10 novembre, montre une rétraction de l'hémi-diaphragme gauche qui est immobile. Le sinus costo-diaphragmatique reste aigu et clair. Pas de rétraction appréciable du médiastin. Diminution faible générale sans limites précises de la transparence du champ pulmonaire gauche. De profil, pas de foyer d'ombre. Champ pulmonaire droit radioscopiquement normal.

Deux examens directs des crachats pour b. K. et une homogénéisation sont restés négatifs. Quelques jours après, la région sternale et parasternale gauche est devenue le siège jusqu'à la clavicule d'une matité large qui se confond en bas avec la matité cardiaque. Les vibrations y sont diminuées. On entend dans la région sternale un souffle bronchique qui prend à la partie externe un caractère tubaire. Bronchophonie à timbre aigu dans cette zone. En arrière, dans l'espace paravertébral gauche, quelques crépitations. Dans la partie inférieure de l'hémithorax gauche, silence respiratoire.

A ce moment, on pense à une sclérose pulmonaire qui comprime le récurrent gauche et le phrénique, car l'ascension diaphragmatique ne peut s'expliquer par l'aérogastrie et l'aérocolie qui sont radioscopiquement moyennement mar-

guées, et malgré un B. W. négatif, on institue un traitement anti-spécifique.

Dans les semaines qui suivent, les signes locaux ne se modifient pas, mais le 19 décembre survient une hémoptysie de sang franchement rouge d'un demi-crachoir environ. Un cobaye inoculé en octobre et sacrifié ne présente pas de lésions tuberculeuses. Une nouvelle radioscopie montre que le diaphragme gauche présente toujours la même ascension. Il est très peu mobile. Le sinus costo-diaphragmatique est complètement bouché.

L'opacité précédemment constatée sur tout l'hémi-thorax gauche a diminué d'intensité et l'on aperçoit à gauche du sinus aortique une clarté à bords arrondis qui peut correspondre à une spéléomorphie. En janvier 1927, deux nouvelles hémoptysies sans ascension thermique. En février, plusieurs examens de crachats pour b. K. restent négatifs, ainsi qu'une recherche de cellules néoplasiques ou de spirilles. Les signes physiques ne se modifient pas. Le champ pulmonaire gauche est radioscopiquement assombri d'une façon assez homogène. On peut cependant distinguer dans cette diminution de transparence une image arrondie avec partie inférieure très opaque qui pourrait constituer une caverne avec liquide à la base.

Cependant, l'état général du malade s'altère rapidement, la fièvre atteint 39 et le malade meurt dans la cachexie le 12 mars.

OBSERVATION VIII (résumée)

(OBSERVATION 13 THÈSE HUGUENIN : EPITHÉLIOMA VRAISEMBLABLE DU SOMMET DROIT A FORME CAVITAIRE).

M. A..., 27 ans, manœuvre, entré salle Brissaud le 11 novembre 1926, décédé le 13 avril 1927.

C'est un Marocain débarqué en France depuis deux ans, d'aspect très vigoureux, sans antécédents pulmonaires ; il se plaint fin décembre 1925 de fatigue légère avec diminution de l'appétit, suivie bientôt d'un point de côté très douloureux de la base droite thoracique, accompagné d'une dyspnée considérable. Après des traitements divers pour « bronchite », l'état général s'aggrave, l'amaigrissement progresse et l'anorexie est complète. Le malade est hospitalisé en juillet 1926, considéré comme tuberculeux et proposé pour Brévannes malgré l'absence plusieurs fois constatée de B. K. Il est hospitalisé à Laënnec le 11 novembre 1926. On est frappé dès l'abord par l'état d'amaigrissement du sujet, véritable squelette. A l'anorexie s'ajoute une insomnie totale, la fièvre oscille entre 37,6 le matin et 39 le soir. En outre, le malade accuse une douleur violente à la base de l'hémi-thorax droit. La dyspnée est peu intense, la toux bénigne suivie d'une expectoration banale dans laquelle deux examens pour recherche de B. K. ont été négatifs. A l'examen pulmonaire, on trouve en avant et en arrière, sous la clavicule droite, une

matité absolue avec abolition de la respiration, un souffle bronchique et quelques râles après la toux.

Le 7 janvier, on constate en avant un souffle cavitaire avec gargouillement.

A la radiographie, le lobe supérieur droit est semé d'ombres peu homogènes avec, à gauche, dans la région hilare, une grosse ombre à contours flous. A la bronchoscopie, la grosse bronche droite saigne et le lipiodol s'y arrête complètement.

La cachexie augmente rapidement. Le 2 et le 6 avril, on constate dans l'expectoration la présence de B. K. et l'absence de cellules néoplasiques. Le malade meurt le 13 avril dans une cachexie complète. La vérification anatomique n'a pas pu être faite.

OBSERVATION. IX (*inédite*)

(MALADE SUIVI PAR LE DOCTEUR J. MARIE).

M. Bu..., 60 ans, employé de banque, vient consulter au Dispensaire le 24 novembre 1928 pour une toux légère matinale et des douleurs thoraciques datant de quelques jours et entraînant un point de côté persistant et à siège fixe.

Le début des accidents paraît remonter au 8 août, 3 mois 1/2 auparavant. A cette date, le malade a été pris de violentes douleurs dorsales à la pointe de l'omoplate droite. Depuis, d'ailleurs,

ces douleurs continuent, entraînant une légère oppression. Un médecin fait un diagnostic de névralgie intercostale. Quelques jours après, apparaît le matin une expectoration légère et deux ou trois crachats sanglants qui se reproduisent tous les jours pendant trois mois jusqu'au 10 novembre. Une analyse y décèle des hématies, des cellules pharyngées et des pneumocoques, mais pas de B. K.

Le malade a maigri de 3 kilogs en 3 mois 1/2. Dans ses antécédents, on trouve une « fluxion de poitrine » à 7 ans, une entérite aiguë à 20 ans et du psoriasis récidivant depuis l'âge de 27 ans ; trois B. W. négatifs à St-Louis. Une sœur est morte de tuberculose pulmonaire à 37 ans et les deux filles de celle-ci également. En somme ce malade se plaint de toux, de dyspnée d'effort, de douleurs thoraciques.

A l'examen thoracique, on trouve de nombreuses sibilances disséminées dans les deux champs pulmonaires. De plus, en arrière matité de la base droite avec diminution du murmure vésiculaire et quelques râles bulleux à ce même niveau. A gauche rien d'anormal.

La radioscopie montre des sommets obscurs ne s'éclairant pas à la toux. Dans le champ pulmonaire droit on voit une étroite bande d'ombre partant de la région sous-claviculaire oblique en bas et réalisant une image vaguement triangulaire. *Le jeu diaphragmatique est très diminué et le cul-de-sac comblé.* Dans le champ pulmonaire gauche deux

grosses calcifications occupent la partie externe de la région sous-claviculaire ; le jeu diaphragmatique est conservé. L'espace rétro-cardiaque est rétréci dans sa partie moyenne. Un examen des crachats et une homogénéisation restent négatifs.

Sur le cliché radiographique, on voit dans le champ pulmonaire droit une grosse rétraction de l'hémithorax avec diminution de largeur des espaces intercostaux. Très grosse *inégalité diaphragmatique*, le droit étant surélevé de trois travers de doigt par rapport au gauche. Le champ pulmonaire droit est encore rétréci par une bande d'ombre collée au médiastin, englobant le hile, présentant de nombreuses arborescences sur lesquelles viennent faire tache des nodules calcifiés. Cet empâtement péri-hilaire est particulièrement marqué à la partie inférieure du bord médiastinal, où il réalise une petite image triangulaire à hypoténuse externe curviligne. Le sinus costo-diaphragmatique est bouché, confondu dans l'ombre hépatique. Dans le champ pulmonaire gauche, le hile est extrêmement touffu et buissonneux. De ce dernier partent de très nombreuses ramifications irradiant à la périphérie et dessinant de vagues images alvéolaires de diamètre variable. On constate, de plus, une grosse calcification sous la clavicule et une ossification des premiers cartilages costaux. A ce moment le diagnostic de cancer pulmonaire n'est pas encore posé. On pense à une sclérose pleuro-pulmonaire avec bronchite chronique et artérite pulmonaire.

Le malade est revu 4 fois au mois de décembre. Deux nouvelles recherches de B. K. restent négatives. Revu le 5 mars 1929, il présente un très mauvais état général, il est dyspnéique, très amaigri, anémié. L'examen pulmonaire indique une grosse matité de la partie supérieure de l'hémithorax droit avec silence respiratoire complet. De plus, le malade a une voix bitonale par paralysie récurrentielle droite constatée à l'examen laryngoscopique et souffre d'une véritable névrite intercostale droite. L'expectoration sanglante a repris rappelant celle du début par sa continuité mais faite de crachats noirâtres du type de l'infarctus. Le diagnostic de cancer du poumon est affirmé à ce moment et l'image radiologique pratiquée quelques jours plus tard est tout à fait différente de la première. Il existe une opacité massive de la moitié supérieure du champ droit avec une bande opaque, rectangulaire, continuant cette ombre, le long du médiastin et occupant la moitié interne du champ pulmonaire sans toutefois atteindre le diaphragme.

La mort survient presque subitement quelques jours après.

OBSERVATION X (*Inédite*)

MALADE SUIVI PAR LE DOCTEUR J. MARIE.

M. Ro..., 17 ans, manoeuvre, entré le 15 décembre 1928, salle Brissaud, sorti le 6 août 1929.

Ce malade est venu consulter au Dispensaire le 1^{er} décembre 1928, pour un « rhume » qui traîne depuis le commencement de septembre. Il toussait alors plusieurs fois la nuit et crachait une ou deux fois au réveil. Depuis, la toux a augmenté de fréquence, l'expectoration est devenue plus abondante. En même temps sont apparues : 1° des douleurs thoraciques sous-mamelonnaires droites, non constantes dans leur intensité et leur durée, mais à siège absolument fixe ; 2° des transpirations nocturnes. Le malade ne se sentait pas plus fatigué que d'habitude après le travail mais son appétit avait diminué.

Inquiété par ces douleurs thoraciques il a été consulter dans un dispensaire de banlieue. Malgré un traitement reconstituant il a maigri, pesant alors 56 k. 200. Sa toux et son expectoration ne diminuent pas. Le 1^{er} décembre un cliché radiographique montre dans le champ pulmonaire droit une plage d'ombre peu opaque à limites floues, vaguement circulaire dans la région sous-claviculaire, limitée inférieurement par une ligne scissurale, en même temps qu'une exagération des tractus broncho-vasculaires du pédicule inférieur.

L'autre champ est normal. Une recherche de B. K. est négative.

Le malade est hospitalisé le 15 décembre, il a maigri de 2 k. 700 depuis un mois.

Dans ses A. P. on ne retrouve que la grippe espa-

gnole à 7 ans. Ses parents sont bien portants, un frère également.

L'examen stéthacoustique ne révèle absolument rien de pathologique. Un examen radioscopique pratiqué le 19 décembre indique : pas d'anomalie visible à gauche, à droite diminution de l'extensibilité du sinus droit. Un foyer d'ombre presque rond à limites dégradées se dessine à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen du champ pulmonaire et mesure environ 8 cm. de diamètre. De profil le foyer d'ombre se projette entre la paroi postérieure du thorax et le hile pulmonaire. Deux clichés radiographiques confirment cet examen.

15 janvier. Le poids est resté stationnaire ; la température se maintient depuis l'entrée à l'hôpital aux environs de 38°. Dans la partie haute de l'espace inter-scapulo-vertébral droit on entend des bruits superficiels secs, survenant après la toux. Onze homogénéisations ont été négatives. Par ailleurs, la recherche d'une mycose possible est également négative, à l'examen direct comme à l'ensemencement ; on ne trouve non plus ni bacilles fusiformes ni spirilles.

Dans les semaines qui suivent, l'état général décline, la fièvre continue, l'expectoration dépasse plus de 50 gr. par jour.

Un nouvel examen radioscopique montre une extension de l'opacité qui tend à envahir tout le lobe supérieur droit et ne présente plus l'aspect discoïde primitif.

Le 27 février la température oscille entre 37,5 et 38,5, l'amaigrissement s'installe, l'anorexie persiste. Le malade se plaint d'une douleur spontanée dans la région inter-scapulo-vertébrale droite, exagérée par les mouvements et la palpation.

Dans la même région, on décèle de la submatité et quelques sibilances. Un cobaye inoculé le 27 décembre ne présente pas de lésions tuberculeuses au point d'inoculation ni aux viscères. Une recherche des amibes dans les crachats est également négative le 14 mars.

5 jours après, on pratique dans le 7^e espace intercostal droit en arrière une ponction exploratrice qui reste blanche. En effet, le malade présente une voussure nette à la partie moyenne de la région inter-scapulo-vertébrale droite avec un point douloureux très net mais sans œdème ni fluctuation ; depuis une dizaine de jours la température tend à osciller entre 38 et 39°.

27 mars. Devant l'amaigrissement (50 kil. contre 56,300 le 15 novembre), la persistance des signes infectieux avec la voussure postérieure et la formule sanguine de suppuration (22.000 globules blancs), on pose le diagnostic vraisemblable d'abcès pulmonaire ou de suppuration pulmonaire et l'on décide une intervention chirurgicale. Le malade est opéré sous anesthésie locale le 29 mars. Après résection de la 5^e côte droite, en voulant inciser le parenchyme on tombe sur une masse très dure dont on fait un prélèvement à la curette.

Par une contre-incision dans la région voussurée, on met en évidence une collection fongueuse ressemblant à du pus dont on fait des frottis qui ne présentent rien de spécial. La biopsie pratiquée sur la masse dure donne les résultats suivants : lamelles osseuses avec interposition de tissu fibreux. Au voisinage de celles-ci, tissu conjonctif dense comportant quelques placards de volumineuses cellules claires disposées en cordons richement vascularisés, à type d'hypernéphrome (?).

Après des suites opératoires normales, le malade rentre à la salle Brissaud, l'anémie progresse, la température oscillant entre 37,5 et 38,5 avec quelques crochets à 39°. Depuis et malgré un traitement radiothérapique longtemps poursuivi, l'état général du malade décline rapidement et il est profondément cachectisé quand il sort le 6 août.

OBSERVATION XI (*Inédite*)

MALADE SUIVI PAR LE DOCTEUR J. MARIE.

M. Me..., 53 ans, fort aux Halles, entre le 26 mars 1929, décédé le 23 avril.

Cet homme avait été envoyé au Dispensaire le 13 janvier 1928 par un médecin qui demandait la vérification de son état pulmonaire et ajoutait : « Amaigrissement de 3 kilos depuis deux mois, bronchite généralisée, crachats striés de sang. »

Le 16 janvier, au Dispensaire, on apprend qu'en même temps que cet amaigrissement est survenue depuis deux mois une toux incessante avec expectoration abondante et point de côté droit. Une hémoptysie assez forte il y a un mois 1/2 a été suivie de crachats sanguinolents, 8 à 10 par jour. Malgré cet amaigrissement le malade présente un bon état général, mange et digère normalement. Le soir, élévation thermique à 37,9 et sueurs abondantes depuis un mois.

Aucun A. P. ni H. L'examen pulmonaire est absolument normal.

A la radioscopie on constate à droite dans la région moyenne une diminution de transparence homogène à point de départ nettement hilair formant un ruban de 10 cm. mais légèrement élargie vers le gril costal. En position basse de l'ampoule, cette diminution de transparence est divisée en deux parties : 1° une très dense interne de la forme d'une orange ; 2° une externe moins dense et paraissant être un reliquat d'un triangle à base externe.

On propose alors au malade son admission à l'hôpital. Il la refuse et ne revient au Dispensaire que plus d'un an après, le 9 mars 1929.

Le tableau clinique a beaucoup changé. On est en présence d'un malade très amaigri, présentant de la dyspnée d'effort, de l'œdème de la face et un pouls rapide. A l'examen pulmonaire on trouve à droite une respiration soufflante au sommet et quelques sibilances. La base est mate et la respira-

tion moins nette. A gauche, sibilances dans tout le poumon.

Radioscopie : à droite obscurité totale des 4/5° supérieurs du champ pulmonaire, homogène, avec limite inférieure très nette. A gauche I. t. n.

Le malade est hospitalisé le 21 mars. On constate tous les symptômes d'une compression médiastinale ; bouffissure des paupières ; cyanose des lèvres et des oreilles, facies vultueux, turgescence des jugulaires. Une adénopathie du volume d'une petite noix est apparue dans le creux sus-claviculaire droit ; dans le creux axillaire droit un ganglion plus gros, un autre également dans le creux axillaire gauche.

A l'examen thoracique, on voit des varicosités préthoraciques bilatérales prédominant à droite. Il y a une matité massive de tout le champ pulmonaire droit en avant avec abolition du murmure vésiculaire remplacé par une respiration à souffle surtout expiratoire et rude. En arrière matité de la totalité de l'hémithorax droit sauf l'extrême base. Les vibrations sont conservées ; la respiration est soufflante au sommet droit, à type cavitaire avec retentissement de la voix et de la toux. Quelques sibilances, pas de gargouillements. A gauche, respiration normale.

Les bruits du cœur sont assourdis et normaux.

Les réflexes tendineux sont normaux, et les réflexes pupillaires à la lumière conservés.

Le 27 mars une radiographie indique une obscu-

rité massive homogène de la totalité du champ pulmonaire droit sauf à l'extrême base dans le sinus costo-diaphragmatique. Le cœur et surtout l'ombre aortique sont refoulés dans le champ pulmonaire gauche; ; celui-ci reste radiologiquement normal.

Un examen de crachats pratiqué le 12 avril montre de nombreux globules blancs polynucléaires, quelques hématies, des éléments fibrineux amorphes mais la recherche de B. K., de mycoses et de cellules néoplasiques est absolument négative. De même, un B. W. et un Hecht dans le sang du malade.

Dans les jours qui suivent, les signes de compression médiastinale progressent et le malade meurt dans l'asphyxie le 23 avril.

Autopsie. — Le poumon droit est totalement adhérent, nécessitant pour son extirpation une incision en plein parenchyme dans toute l'étendue de la surface pariétale. L'organe est induré en masse. A la coupe on trouve l'aspect typique du cancer avec en dehors une masse blanche squirrheuse lardacée, avec des zones ramollies rappelant les masses caséeuses en voie de fonte. Très nombreux ganglions péri-trachéo-bronchiques et médiastinaux envahis par le cancer. Poumon gauche intact. Pas de métastase viscérale. Rein gauche mobile expliquant une masse sentie par intermittences pendant la vie.

OBSERVATION XII (*Inédite*)

MALADE SUIVI PAR LE DOCTEUR PÉLISSIER.

M. H..., 18 ans, graveur, entré le 22 avril 1929, salle Hanot, décédé le 7 mai.

Le malade entre dans le service pour toux et gêne respiratoire. Le début des troubles remonte au mois de février 1929. A ce moment le malade se sentant de plus en plus fatigué est obligé de cesser son travail. Dans la nuit du 11 au 12 février, il est pris d'étouffements qui disparaissent vite, mais continue à tousser. Une semaine plus tard il fait venir un médecin qui diagnostique une grippe simple pour laquelle le malade garde la chambre 15 jours. Aucune amélioration ne se produisant et la fièvre persistant, le malade vient consulter il y a quinze jours au Dispensaire où après examen radioscopique on lui conseille d'entrer à l'hôpital. Des recherches de B. K. dans l'expectoration apparue depuis quelques jours sont négatives.

A son entrée, le malade tousse surtout la nuit et a une expectoration rosée. Il se sent très fatigué, ne présente pas de transpiration nocturne, mais il pense avoir maigri. Il est pâle, a la voix un peu voilée et une dyspnée à 27,28.

Dans la région thoracique se voit une légère circulation collatérale plus marquée à droite. On constate un œdème mou et non douloureux des pieds et des malléoles. Un examen de la formule sanguine indique 16.000 globules blancs.

Le 27 avril les douleurs sont très vives dans tout l'hémithorax gauche, l'expectoration rosée par crachats séparés ayant presque l'aspect gelée de groseille. Les bruits du cœur sont assourdis, la pointe paraît à sa place normale. Le pouls bat à 136.

Radiographie. — Le champ pulmonaire droit est occupé par une ombre circulaire à contours très nets ; cette ombre occupe la plus grosse partie du champ et siège en plein milieu de celui-ci ; elle arrive en haut à deux travers de doigt de la clavicule, en bas à deux travers de doigt du diaphragme. La clarté parfaitement conservée au-dessus et au-dessous contraste avec l'opacité de cette ombre. Cette opacité est homogène et pas assez foncée pour masquer les côtes. Sur le champ pulmonaire gauche, dont l'étendue visible est diminuée par le refoulement du cœur, l'aspect est parfaitement normal.

En oblique antérieure droite, une ombre circulaire semblable à celle vue de face occupe la majeure partie du champ droit ; elle a des contours extrêmement nets. En arrière, elle atteint l'ombre vertébrale, en avant elle n'atteint pas la paroi antérieure, en haut et en bas elle laisse une portion de parenchyme clair normal dans son ensemble. L'état général s'altère très vite et le malade meurt dans la cachexie complète le 7 mai.

AUTOPSIE. — A l'ouverture du thorax, on trouve environ 100 grammes de liquide dans la plèvre

droite et des traces dans la plèvre gauche. Mais on est frappé surtout par l'énorme distension du sac péricardique. Le poumon droit est difficile à décoller. Des adhérences attachent sa surface externe à la plèvre et en tirant, on ramène des débris d'une masse mollassse. Le poumon gauche se décolle bien. On enlève alors en masse les deux poumons et le médiastin. On s'aperçoit que le sac péricardique est complètement adhérent au poumon droit. A l'ouverture de ce sac, il sort environ $3/4$ de litre à un litre d'un liquide légèrement hémorragique. Il ne semble pas qu'il y ait perforation du sac péricardique. Toute la partie centrale médiane du poumon droit laisse alors échapper une masse en déliquescence, cérébriforme, faite de débris pulmonaires méconnaissables de teinte rouille. Le poumon est ainsi littéralement évidé à partir du hile. On ne sépare pas les poumons du médiastin. Il faudrait du reste sculpter. Les ganglions médiastinaux apparaissent augmentés de volume, lie de vin.

A l'intérieur du sac péricardique, le cœur est petit et le feuillet viscéral du péricarde est hérissé de fausses membranes tomenteuses en langue de chat. Le foie est couleur lie-de-vin à la coupe ; c'est presque un foie muscade sans zones de dégénérescence graisseuse, sans noyaux métastatiques. Les reins sont violacés à la coupe, mais ne présentent pas de métastase, non plus que les capsules surrénales ni la rate.

OBSERVATION XIII (*inédite*)

(MALADE SUIVIE PAR LE DOCTEUR J. MARIE).

Mme P..., 48 ans, sans profession.

Elle raconte qu'en décembre 1927, elle est allée consulter pour une toux sans expectoration que l'on trouve absolument banale. Cependant, la toux persiste sans amélioration, s'accompagne d'une fatigue persistante et la malade, gênée par une dyspnée progressive, d'abord d'effort, puis survenant au repos, voit un médecin en août 1928. Celui-ci pratique une ponction exploratrice pleurale qui reste blanche. L'état général s'aggrave progressivement. Tous les symptômes s'exagèrent et la malade vient pour la première fois au Dispensaire Léon Bourgeois le 21 novembre 1928.

On constate à ce moment un amaigrissement notable (4 à 5 kilos en 6 mois), une fatigue générale, une anorexie légère. De plus, la malade se plaint de douleurs violentes à l'épaule gauche.

L'examen pulmonaire révèle à gauche et en avant une sonorité excessive de l'espace de Traube jusque dans l'aisselle. En arrière, du côté gauche, une matité franche, hydrique, de la base avec abolition totale du murmure vésiculaire jusqu'à la pointe de l'omoplate ; la voix est bronchophonique et la pectoriloquie aphone nette.

Examen du cœur : A la palpation, on trouve

une légère surélévation de la crosse aortique au-dessus du sternum avec battements facilement perçus des sous-clavières. A l'auscultation, les bruits du cœur sont normaux, mais légèrement clango-reux. T. A., 19,11 aux deux bras.

Une radioscopie montre dans le champ pulmonaire droit un jeu diaphragmatique normal avec transparence normale du champ ; l'ombre hilare est buissonneuse et les ombres bronchovasculaires du lobe inférieur sont exagérées. Le champ pulmonaire gauche est clair dans l'apex et dans la partie externe. Les ombres hilaires sont marquées et atteignent le diaphragme considérablement surélevé. En position oblique antérieure droite, on constate une sorte de balancement de l'ombre médiane. L'hémi-diaphragme droit s'abaissant pendant que le gauche remonte et réalisant un phénomène de Kienboeck.

Radiographie. — Le champ pulmonaire droit présente une transparence normale sauf à la partie interne le long du bord droit du cœur. Il existe là une bande médiastinale opaque de 1 cm. de large montant jusqu'à la clavicule et parsemée de taches opaques indiquant soit des calcifications, soit des entrecroisements de vaisseaux. Le champ pulmonaire gauche est dans ses deux tiers supérieurs obscurci d'une façon homogène par une ombre peu opaque d'où se détachent très nettement une série d'arborisations partant de la région infra-

claviculaire interne et montant dans l'apex. La limite inférieure de ce voile est arciforme à pointe médiane. Au-dessous de cette limite, deux zones claires : l'une interne concave en bas, éclaircissant l'ombre cardiaque qui se détache en arrière d'elle, semble correspondre à la grosse tubérosité ; l'autre, externe, dessinant la partie externe de l'ombre curviligne, remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de la clavicule.

Le 29 novembre, un B. W. est négatif. La malade est envoyée quelques jours après en O. R. L. où l'on découvre une paralysie récurrentielle gauche.

Le 10 décembre, on pratique une radioscopie de l'estomac.

A) La baryte, en décubitus dorsal, se collecte dans la partie supérieure sous le diaphragme en forme de galette opaque de la grosseur d'un gros ballon d'enfant. En décubitus ventral, l'ombre de la baryte est vue animée de battements synchrones aux battements cardiaques.

B) Après ingestion de potion de Rivière, on injecte de gaz complètement la grosse tubérosité qui était complètement opaque auparavant. Il dessine une coupole gazeuse à travers laquelle on voit battre la pointe du cœur. Après nouvelle ingestion de baryte, on assiste au remplissage normal de l'estomac, qui est en position habituelle.

C) Après lavement baryté, on injecte également

le côlon, qui paraît accolé en dehors à l'ombre gastrique. La limite diaphragmatique est nette.

Un cliché radiographique pris après potion de Rivière montre une poche à air gastrique volumineuse occupant la moitié inférieure du champ pulmonaire gauche, bien limitée (gastro-thorax).

Dans la transparence de cette poche à air, fait tâche une ombre à convexité supérieure qui peut être ou le pôle supérieur de la rate ou une formation néoplasique postérieure. Le reste du champ pulmonaire gauche est gris, empâté dans la zone intercléido-hilaire.

De ces examens, on conclut qu'il ne s'agit ni d'une hernie diaphragmatique ni d'une éventration du diaphragme, mais qu'on est en présence d'une paralysie phrénique avec ascension de l'hémi-diaphragme gauche et élévation du côlon et de l'estomac en rapport avec une néoplasie médiastino-pulmonaire gauche susjacente.

En janvier 1929, la malade est traitée par la radiothérapie profonde. On pratique 14 séances après lesquelles la malade est revue le 25 mars : Les symptômes sont les mêmes. La fatigue persiste. La toux ne cesse pas durant la journée, mais l'image radioscopique reste identique.

Deux mois plus tard, les douleurs dorsales et thoraciques ont disparu, mais depuis une quinzaine de jours, la fièvre s'est installée, oscillant entre 37,4 et 39°. L'amaigrissement est net, l'anorexie complète, la gêne respiratoire persiste.

L'examen clinique montre à gauche une matité, surtout marquée à la moitié supérieure du champ en avant, à la totalité en arrière. Le murmure vésiculaire est aboli en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate. La respiration très soufflante dans la fosse sus-épineuse. La broncho-égophonie est surtout nette à la limite supérieure de la matité.

La radioscopie montre du côté droit une image normale. Le champ pulmonaire gauche présente une opacité homogène totale se dégradant vers l'apex avec persistance du phénomène de Kienboeck.

La formule sanguine est normale. La malade entre dans le service le 14 juin. A ce moment, on voit une légère voussure dans la région moyenne du champ pulmonaire gauche et l'on trouve une matité absolue de tout l'hémithorax gauche en arrière. En avant matité à gauche mais l'espace de Traube est sonore. Les vibrations vocales sont abolies du même côté. De la base à la pointe de l'omoplate on trouve un silence absolu sans murmure vésiculaire, sans bruits adventices. Dans les fosses sus et sous-épineuses, la respiration est normale avec quelques frottements. En avant et à gauche, silence respiratoire complet.

On constate également deux petits ganglions dans le creux sus-claviculaire gauche, durs, mobiles, indolores. Une biopsie pratiquée sur l'un d'eux n'y montre pas de tissu ganglionnaire reconnais-

sable mais des lobules épithéliomateux atypiques à grandes cellules éosinophiles.

Les signes généraux se sont aggravés ; l'anémie est très marquée avec cyanose des lèvres tranchant sur la pâleur jaune des téguments et la décoloration des conjonctives. L'anorexie est absolue. La température oscille entre 37,1 et 38,4.

Les signes fonctionnels sont les mêmes que précédemment : dysphonie, gêne respiratoire et toux quinteuse sans expectoration importante et où la recherche des B. K. est négative.

A ce jour encore (15 septembre), la malade a maigri de 2 kilos 500 depuis son hospitalisation, la température reste aux environs de 38°.

Formes Cliniques

De ces différentes observations aux physionomies assez variées, il est possible de dégager trois groupements symptomatiques se présentant en :

1°) Formes simulant les débuts variés de la tuberculose commune, soit par leurs signes fonctionnels, soit par leurs signes stéthacoustiques ou radiologiques.

2°) Formes simulant les formes congestives ou à type de réaction péri-tuberculeuse ou épi-tuberculeuse, des auteurs allemands :

3°) Formes

A. : pleurétiques vraies.

a) à liquide citrin, simulant les cortico-pleurites ou les pleurésies tuberculeuses ;

b) à liquide hémorragique.

B. : pseudo-pleurétiques, soit par cancer massif, soit par paralysie phrénique.

1° PARMi LES FORMES A TYPE DE TUBERCULOSE COMMUNE, au milieu des signes banaux d'une pseudo-tuberculose initiale, deux signes surtout doivent être mis en vedette : 1° les *hémoptysies* ; 2° les *douleurs*.

Les *hémoptysies* affectent très rarement un type d'abondance moyenne ; presque toujours elles sont nummulaires, émises crachat par crachat. Quelquefois l'hémoptysie qui suit de près les premières manifestations cliniques ne se reproduit pas ultérieurement (obs. 1). Mais l'hémoptysie réellement caractéristique du cancer du poumon (obs. 7, 9 et 11) se distingue par sa durée désespérante. Elle persiste pendant des semaines, des mois, constituée toujours par des crachats sanglants isolés, journaliers, avec de courtes rémissions. Son aspect est varié, réalisant soit le crachat rouge noirâtre rappelant l'infarctus pulmonaire, soit plus rarement des stries sanglantes, prenant parfois enfin l'aspect classique du crachat homogène tremblotant rouge-groseille de Stokes (Obs. 9).

En somme, le caractère capital des hémoptysies du cancer du poumon est leur longue durée.

Les *douleurs* sont caractérisées par la persistance du point de côté dans la même zone, signalées depuis longtemps et retrouvées dans un certain nombre d'observations, tantôt apparaissant dès le début (obs. 4), tantôt plus tardives, véritables névrites des nerfs intercostaux (obs. 9).

L'étude de l'expectoration aux points de vue bac-

tériologique et cytologique est intéressante, surtout par les renseignements négatifs qu'elle fournit.

En effet, c'est l'absence complète des bacilles de Koch après homogénéisation et inoculation au cobaye qui oblige à abandonner le diagnostic de première impression et de fréquence, c'est-à-dire la tuberculose et conduit alors à chercher une autre étiologie au syndrome pulmonaire observé.

Quant à l'examen cytologique, il a été pratiqué avec soin à diverses reprises dans les observations que nous avons rapportées et jamais on n'a pu mettre en évidence en aucun cas la présence de cellules néoplasiques sur les lames d'examen.

Les signes stéthoscopiques, quand ils existent, n'ont rien de particulier et sont ceux de toute densification ou excavation pulmonaire. Notons leur absence habituelle, la plupart des néoplasies pulmonaires sont en effet absolument muettes.

Le mode de début même de l'affection est assez variable, tantôt aigu simulant une congestion pulmonaire (obs. 3) ou une cortico-pleurite, tantôt subaigu marquant le début d'une tuberculose chronique (obs. 7), enfin insidieux, chronique, apyrétique (obs. 9 et 11). Cependant on peut observer dès ce moment une réaction fébrile à 37,5, 38,5 qui risque encore davantage de faire conclure à une tuberculose chronique évolutive.

Les signes radiologiques de ces formes rappelant la tuberculose pulmonaire n'ont rien de très particulier. Tantôt il s'agit d'une image d'interlobite

avec triangle de type pneumonique (obs. 11), tantôt d'infiltration avec géode rappelant la tuberculose cavitaire (obs. 8), tantôt enfin on a affaire à une véritable image de lobite (obs. 3, 5 et 9). Le seul signe radiologique vraiment particulier est la grande tendance des lésions à demeurer unilatérales.

2° FORMES A TYPE DE RÉACTION PÉRI-TUBERCULEUSE.

Deux observations cliniques (obs. 10 et 12) peuvent être rattachées à cette 2° catégorie, simulant les réactions splénisantes de la tuberculose.

On peut encore les ranger sous la dénomination de formes pseudo-kystiques.

Ici, les signes fonctionnels sont ceux d'un début de tuberculose banale : toux avec expectoration, dyspnée légère, fièvre vespérale, amaigrissement. Parfois même, on a pu noter une expectoration rosée transitoire (obs. 12).

Maisi ici c'est l'image radiologique qui est tout à fait particulière, et qui rappelle, soit la réaction entourant la lésion primaire (chancre d'inoculation), soit les foyers d'ombre plus ou moins circulaire à limites dégradées de l'infiltration épi-tuberculeuse de Rancke, soit même l'image d'un kyste hydatique du poumon.

Dans ces variétés, la difficulté diagnostique est considérable, étant donnée la rareté relative des homogénéisations positives dans les cas de tuberculose prenant ce type. Ici c'est essentiellement

en plus des recherches bactériologiques en série et longtemps poursuivies, l'évolution clinique et radiologique toujours progressive qui apparaîtra comme l'argument principal en faveur du néoplasme. Rappelons l'observation 10 où onze homogénéisations ont été négatives et encore a-t-il fallu l'acte opératoire pour acquérir une certitude.

3° LES FORMES PLEURÉTIQUES sont connues depuis toujours, signalées par tous les auteurs, se présentant soit comme des pleurésies à épanchements séro-fibrineux, soit comme des pleurésies hémorragiques intarissables malgré les ponctions successives (obs. 4).

QUANT AUX FORMES PSEUDO-PLEURÉTIQUES on connaît bien la variété par atteinte massive cancéreuse du parenchyme pulmonaire (obs. 2).

Dans une autre variété, que nous avons signalée (obs. 13), les mêmes symptômes sont produits par la paralysie phrénique, entraînant une surélévation de l'hémi-diaphragme correspondant, manifestation radiologique vraiment très particulière de la néoplasie pulmonaire.

Diagnostic Différentiel

L'intérêt de ces aspects pseudo-tuberculeux masquant un cancer pulmonaire est indéniable puisque la sanction thérapeutique qui s'impose est bien différente suivant l'un ou l'autre cas. Pour la plupart des auteurs cependant, la difficulté n'est pas insurmontable : « Ce n'est pas avec la tuberculose, dit Huguenin dans ses conclusions, que la discrimination est difficile ».

Au cours des manifestations pulmonaires secondaires à un cancer en évolution et que nous avons signalées plus haut, il est évidemment facile d'en soupçonner d'emblée la nature.

Quant au cancer pulmonaire primitif d'aspect pseudo-tuberculeux, le diagnostic doit s'appuyer selon nous sur les trois ordres de facteurs suivants :

- 1° L'analyse répétée des crachats ;
- 2° L'aspect radiologique à différents examens en série ;
- 3° L'évolution générale de la maladie.

1° L'analyse répétée des crachats montre L'ABSENCE CONSTANTE DANS L'EXPECTORATION DU BACILLE DE

KOCH. Examens directs et homogénéisations ont été répétés à maintes reprises et se sont montrés toujours négatifs, exception faite du malade qui fait l'objet de l'observation 8. Là on a constaté à la phase terminale d'une évolution cancéreuse des bacilles de Koch ; encore qu'il faille, croyons-nous, faire des réserves sur cet examen, il n'infirme pas notre constatation et ne serait qu'un cas de plus à ajouter à ceux d'association de la tuberculose et du cancer du poumon.

2° L'examen radiologique est capital. Si parfois il ne fait que confirmer les données cliniques, il est autrement important au début quand les manifestations pulmonaires sont réduites à un minimum de signes physiques. Et l'on peut dire dans ces cas surtout « que le diagnostic de cancer du poumon, quand il est faisable, est un diagnostic radiologique. » (Rolland).

Tout dernièrement, Morel-Kahn a rapporté le cas d'un malade à propos duquel on a posé successivement les diagnostics cliniques de tuberculose, d'aortite, et d'endocardite maligne à évolution lente jusqu'à ce que l'examen radiologique ait révélé une tumeur refoulant la crosse aortique.

On a généralement affaire à une ombre très opaque à contours très nets, à masse homogène, rappelant l'aspect du cancer en amande du foie. A côté de cet aspect typique, les images sont très souvent anormales et l'on peut voir des ombres peu opa-

ques à masse hétérogène et à limites floues. Il en est ainsi quand l'ombre à point de départ hilare paraît appendue aux origines des troncs broncho-vasculaires et empiète sur le champ pulmonaire voisin. La masse se continue parfois avec des paquets ganglionnaires voisins que la radiographie seule permet de bien préciser. C'est dans ce cas que la confusion est possible avec des images de tuberculose broncho-pneumonique à point de départ hilare. Mais l'image est moins régulière, moins homogène et il n'existe pas d'ombre ganglionnaire.

Dans les formes pleurales, on ne peut tirer aucun élément de diagnostic de l'examen radiologique qui peut à peine fournir une indication par l'abondance de l'épanchement qu'il décèle.

Plus peut-être que de cet examen, on tirera des renseignements plus féconds de la pratique des radiographies en série qui montrera dans l'ensemble l'accroissement d'une ombre suspecte constatée à un premier examen et la présence des adénopathies hilaires.

3° Il est plus décevant de ne compter que sur l'évolution générale de la maladie, lente, mais progressive, sans rémission, inexorable. Ce sont peu à peu tous les signes d'un syndrome médiastinal qui s'installent et le malade, si les complications surtout métastatiques ne hâtent pas l'évolution, succombe profondément cachectisé en dix à douze mois.

Par contre, quelques autres signes de cancer pulmonaire signalés depuis longtemps nous paraissent d'une faible valeur pour différencier les deux affections. Nous ne parlerons que pour la signaler de l'expectoration « gelée de groseilles » considérée comme pathognomonique mais qu'on trouve rarement. Mais nous insisterons encore une fois sur la fréquence et surtout sur la persistance indéfinie des hémoptysies.

Quant aux adénopathies, si elles figurent dans plusieurs de nos observations, qu'elles soient sus-claviculaires ou axillaires, elles sont cependant rares et le ganglion de Troisier n'a pas la valeur diagnostique que lui prêtaient les premiers auteurs.

La présence de cellules néoplasiques dans les crachats aurait une valeur absolue mais pour notre part nous ne l'avons vue indiquée dans aucune des observations mentionnées.

L'âge du sujet ne milite en faveur ni de l'une, ni de l'autre des affections (obs. 10 et 12).

La courbe de température elle-même n'indique pas nécessairement une évolution tuberculeuse. La fièvre oscille bien souvent dans nos observations entre 37,5 et 38,5 et notre maître le Professeur Léon Bernard insiste beaucoup sur cette fréquence de l'ascension fébrile au cours du cancer du poumon. Signalons que, pour l'expliquer, certains auteurs admettent la présence autour du néoplasme de petites cavités suppurantes entretenant l'infection secondaire.

Nous n'avons pas indiqué parmi les signes positifs l'exploration bronchoscopique (obs. 8), très employée maintenant dans les services de laryngologie et qu'on fait suivre d'une injection lipiodolée. Mais elle est surtout révélatrice dans les cas de cancer endobronchique où elle peut dépister un bourgeon friable et saignant et permettre une biopsie (Rouget et Lemarié).

Le problème diagnostique résolu, reste à appliquer un traitement. Comme pour les autres cancers, deux procédés peuvent être utilisés, l'exérèse chirurgicale et la radiothérapie.

L'exérèse chirurgicale offre ici des difficultés techniques considérables, étant donné la situation profonde du poumon et ses rapports. Il semble qu'il faille réserver uniquement cette méthode aux tumeurs strictement localisées, lobaires, et peut-être à celles qui s'accompagnent d'un épanchement séro-fibrineux. Par contre, la présence d'un épanchement hémorragique, celle d'un ganglion sus-claviculaire seront des contre-indications absolues.

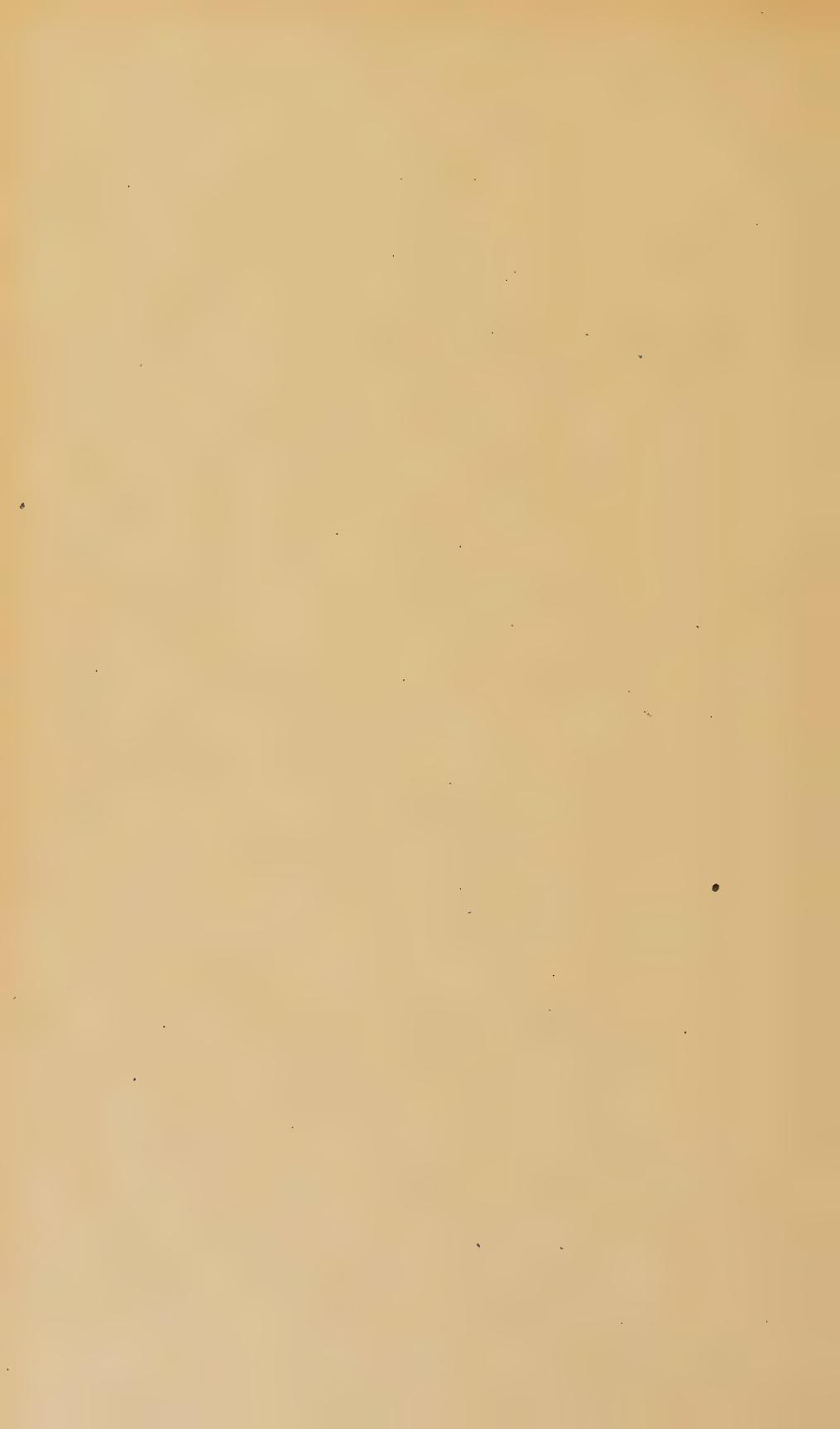
L'intervention consistera soit dans une lobectomie, soit dans une opération palliative (résection des nerfs intercostaux, évacuation d'un épanchement).

Les résultats apportés jusqu'ici sont peu favorables. Aucun des malades suivis dans le service du Professeur Léon Bernard n'a été opéré (le malade

de l'observation 10 ayant été l'objet d'une erreur de diagnostic).

Au contraire, on a tenté dans quelques cas la radiothérapie profonde. Les résultats enregistrés jusqu'à ce jour ne permettent pas de se faire une opinion définitive sur cette méthode. En tout cas, on fait dans l'ensemble trois à cinq séries de séances, à raison de 8 séances d'irradiation par série, tous les 3 jours. L'ensemble du traitement dure environ 12 à 15 mois. « La radiothérapie seule paraît pouvoir actuellement donner au malade atteint de tumeur médiastinale des survies de 1 à 5 ans avec une illusion de santé compatible avec une vie active et c'est déjà là un résultat assez heureux » (Morel-Kahn).

Une réserve s'impose ; l'auteur a envisagé presque uniquement les tumeurs médiastinales à propos desquelles les bienfaits de la radiothérapie profonde sont connus depuis longtemps. Il faut cependant l'employer dans les cas de cancers pulmonaires radio-sensibles puisque cette méthode amène parfois la sédation fonctionnelle si nécessaire au malade.



Conclusions

1°) Le cancer primitif du poumon, en augmentation de fréquence à l'étranger, se voit également plus souvent en France depuis quelques années.

2°) Dans les cas observés, il apparaît toujours chez des sujets indemnes de tout passé pulmonaire et prédomine d'une façon manifeste chez l'homme.

3°) Le cancer pulmonaire n'est pas l'apanage de l'adulte ; il se voit chez les adolescents et les vieillards.

4°) Parmi ses formes atypiques, les formes pseudo-tuberculeuses tiennent le premier rang.

5°) Les aspects pseudo-tuberculeux du cancer du poumon peuvent être rangés en trois groupes cliniques :

a) Formes simulant la tuberculose commune, de beaucoup les plus fréquentes ; ;

b) Formes à type de réaction péri-tuberculeuse ou pseudo-kystiques ;

c) Formes pleurétiques vraies et pseudo-pleurétiques.

6°) Le diagnostic différentiel avec la tuberculose doit s'appuyer avant tout sur les 4 ordres de faits suivants :

a) L'absence constante des bacilles de Koch dans l'expectoration.

b) L'aspect des images radiologiques en série ;

c) L'évolution générale de l'affection ;

d) Dans certains cas, la persistance indéfinie des hémoptysies nummulaires.

7°) Pour établir ce diagnostic, il ne faut faire état ni des adénopathies sus-claviculaires ou axillaires, souvent absentes, ni de la recherche des cellules néoplasiques toujours négative, ni même de la courbe fébrile, symptôme banal dans le cancer du poumon.

On ne doit pas tenir compte non plus de l'âge du sujet.

8°) Le traitement par la radiothérapie profonde est à l'heure actuelle le seul à appliquer, il peut amener une résolution fonctionnelle importante et prolongée.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

LÉON BERNARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

Nous ne signalerons que les indications bibliographiques, soit concernant plus particulièrement les rapports du cancer et de la tuberculose pulmonaire, soit concernant le cancer du poumon en général et non indiquées dans la thèse de Huguenin.

ARDOIN. — L'influence du traumatisme sur le développement des tumeurs malignes (*Thèse de Paris* 1927).

BARJON. — Néoplasme latent du poumon décelé par l'apparition de ganglions de Troisier (*Lyon Médical* 1911, p. 766).

BELOT. — Sur les difficultés du diagnostic des tumeurs primitives du poumon et particulièrement du cancer. (*Assoc. Fr. pour l'étude du cancer*, 27 mai 1929).

L. BERNARD. — Le diagnostic différentiel du cancer et de la tuberculose du poumon (*Leçon clinique inédite, Clinique de la tuberculose*, 5 juin 1929).

BEZANÇON et AZOULAY. — Les aspects radiologiques des suppurations pulmonaires (*La Médecine*, juin 1929).

BONNAMOUR et DELORE. — Formes pseudo-cancéreuses de la tuberculose sénile. (*Lyon Médical*, 18 mai 1924).

BOUQUET. — Le cancer est-il en progression ? (*Monde Médical*, 1^{er} octobre 1927).

CLAUDE. — Cancer et tuberculose. (*Actualités médicales Baillière*, 1900).

COLLET. — Précis des maladies de l'appareil respiratoire. (*Collection Testut*, 1914, Art. *Cancer du poumon*).

CROIZIER. — Néoplasme primitif du poumon (*Loire Médicale*, avril 1927).

GALLIARD ET DONZELOT. — Cancer et tuberculose d'un poumon (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1912).

GERNEZ, BRETON ET HOUCKE. — Cancer bronchique primitif cliniquement révélé par une métastase costale avec fracture spontanée. (*Société Médecine du Nord*, février 1929).

HARVIER ET LICHTWITZ. — Forme suppurative du cancer hilaire du poumon. (*Société Méd. Hôpitaux Paris*, 22 juin 1928).

HIROSHI KUSAMA. — Etude statistique de la mortalité par cancer au Japon. (*The Japanese Journ. of cancer research*, n° 3, 1928).

HSFFMAN (FRÉDÉRIK L.). — Cancer of the lungs (*The american review of tuberculosis*, avril 1929).

HUGUENIN. — Les indications thérapeutiques dans les cancers du poumon, leur traitement

chirurgical. (*Prat. Méd. Fr.*, décembre 1926).

— Le cancer primitif du poumon, étude anatomo-clinique. (*Thèse Paris* 1928).

— Les débuts cliniques du cancer primitif du poumon. (*Prat. Méd. Fr.*, février 1929).

HUNT. — Carcinoma of the lungs. (*The Lancet*, 13 avril 1929).

JESSEN. — Ein Fall von Karzinom und Tuberk. der Lungen. (*Zentralblatt f. innere Méd.*, 6 janvier 1906).

KINDBERG ET GARCIN. — Sur un cas de généralisation néoplasique à point de départ vraisemblablement pulmonaire. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 28 octobre 1927).

KIRKLIN ET PATERSON. — The roentgenologic manifestations of primary carcinoma of the lungs. (*Amer. Journ. rontg. and radiol.*, janvier-février 1928).

KITZMILLER. — Primary carcinoma of the lungs with unusual metastasis. (*Arch. path. et lab. med.*, sept. 1927).

LEMIERRE ET LAMBLING. — Difficultés du diagnostic du cancer du poumon. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 29 juin 1928).

LETULLE. — Cancérs viscéraux et leurs rapports avec la tuberculose. (*Ass. Fr. pour l'étude du Cancer*, 19 juillet 1920).

- LEWIT. — Contribution à l'étude des affections pouvant simuler la tuberculose pulmonaire. (*Thèse Strasbourg 1925*).
- LOEPER ET GARCIN. — Un cas de cancer primitif du poulmon à forme anatomique pseudo-tuberculeuse. (*Soc. Méd. Hôp. Paris, 1926*).
- MOREL-KAHN, FIAMBOLI ET CODET. — Quelques remarques sur les tumeurs du médiastin au point de vue radiologique. (*Prat. Méd., août 1929*).
- OLMER. — Les formes cliniques anormales du cancer primitif du poulmon. (*Science Méd. Prat., 15 juin 1928*).
- PALLASSE ET DESPEIGNES. — Tuberculose et néoplasme du poulmon ; syphilis concomitante probable. (*Soc. Méd., Hôp. Lyon, 1923*).
- PHÉLIP ET GRENAUD. — A propos d'un cas de cancer primitif du poulmon. (*Pr. Méd. 1929, n° 69*).
- RIBADEAU-DUMAS. — Cancer pleuro-pulmonaire, in *Traité de médecine Vidal, Roger et Teissier*, fasc. 11).
- RIST. — La différenciation clinique de la tuberculose d'avec les autres affections des voies respiratoires. (*Revue de la Tuberculose, avril 1923*).
- ROLLAND. — Diagnostic du cancer du poulmon. (*Prat. Méd. Fr., déc. 1924*).
- ROUBIER ET LANGÉNIEUX. — Cancer primitif du poulmon à forme cavitare. (*Soc. Nat. de*

Méd. et des Sciences Méd. de Lyon,
6 juin 1928).

POUGET ET LEMARIEY. — Ce que le médecin peut attendre de la bronchoscopie. (*Prat. Méd. Fr.*, avril 1929).

ROUSSY ET HERAUX. — La fréquence du cancer d'après les récentes statistiques de mortalité. (*Ann. de Méd.*, novembre 1928).

RUBERSTONE ET SCHWARTZ. — Primary intra-thoracic néoplasms : an analysis of eleven cases. (*Med. J. rec.*, déc. 1927).

SCHÖNHERR. — Prot. der deutschen Ges. für Krebsforschung, sept. 1928.

SESSA. — Contribution à l'étude radiologique des tumeurs malignes primitives des poumons. (*Radiologia medica*, mars 1925).

TAPIE. — Les formes cliniques atypiques du cancer primitif du poumon. (*Soc. Med. Chir. et Phar. de Toulouse*, février 1929).

TURPIN. — Le cancer secondaire du poumon. (*Prat. Méd. Fr.*, avril 1929).

Table des Matières

	Pages
I. Introduction	11
II. Les statistiques à l'étranger	13
III. Les statistiques en France	16
IV. Quelques points d'étiologie	21
V. Observations cliniques	24
VI. Les formes cliniques	65
VII. Diagnostic différentiel	70
VIII. Bibliographie	79
